

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N° 1081

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Evelyne, Monique ROUCHY née NICOLAS
le 9 décembre 1935 à Boulogne-Billancourt (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

LA MORTALITE FOETALE

DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE.

Président :

Mr. F. LEPAGE,

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Evelyne, Monique ROUCHY née NICOLAS
le 9 décembre 1935 à Boulogne-Billancourt (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

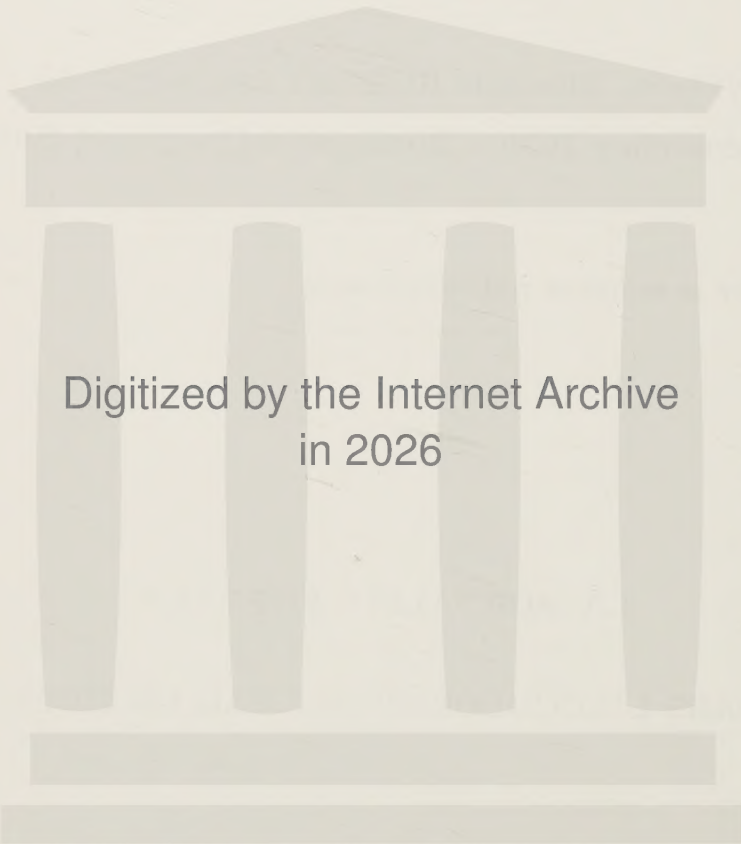
LA MORTALITE FOETALE

DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE.

Président :

Mr. F. LEPAGE,

Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	MILLIEZ (P.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	LENÈGRE (J.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	BROUET (G.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	BARIÉTY (M.)
Cliniques obstétricales	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (S.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	DEBRAY (C.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	GENNES (L. de)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	DEROT (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	DAVID (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	GARCIN (R.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	LACOMME (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique stomatologique (Pitié)	RENARD (G.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	AUBRY (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LELONG (M.)
Clinique toxicologique	MARIE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	BERNARD (E.)
Sémiologie médicale	MICHAUX (L.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	COSTE (F.)
Clinique urologique (Necker)	DECHAUME (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ROUX (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAULIEU Et. m. conf.	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.) BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Carcinologie	GIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) LEDoux-LEBARD (G.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.)
Dermato-Syphiligraphie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUNAMEL (G.)	Pathologie médicale	FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (G.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Electro-Radiologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) NOZZICORACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Hématologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Histologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Hydrologie	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Hygiène	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Maladies infectieuses	ALBAHARY (C.) PERTUISSET (B.)		
Médecine légale	LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (G.) THOYER-ROZAT (J.)		
Médecine du travail	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Neuro-chirurgie			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

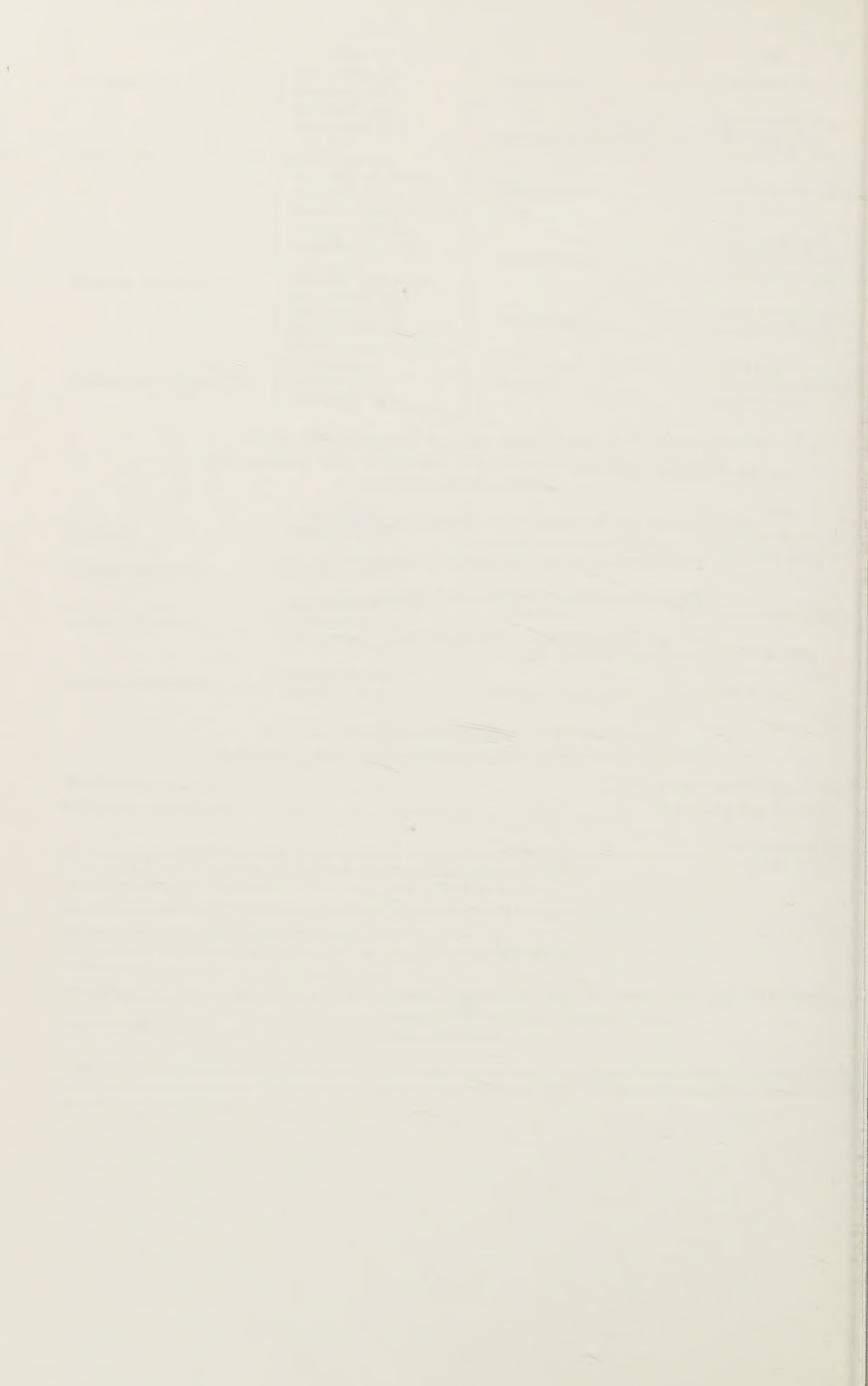
Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Beau-Père

Monsieur le Professeur René ROUCHY
Professeur de clinique obstétricale
Directeur de l'Ecole de Médecine
et de Pharmacie d'Angers.

En reconnaissance de tout ce qu'il a fait
pour moi pour l'accomplissement de ce
travail.

En témoignage de ma profonde affection.



A mon Père

Monsieur le Docteur Jean NICOLAS
Ancien Chef de laboratoire
à la Faculté de Médecine.

Avec toute mon affection.



A mes Grand'Mères

Madame L. GUERLET

Madame M. NICOLAS

A ma Mère

A mon Mari

A mes Soeurs, à mon jeune Frère

A ma Belle famille

A tous les miens

A mes Amis.



A mon Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Professeur de physiologie et pathologie
obstétricale à la Faculté.

En témoignage de ma profonde
reconnaissance.



A mes Maitres dans les Hôpitaux

Stages

1956-1957 - Monsieur le Professeur BARIETY

Monsieur le Professeur MENEGAUX

1957-1958 - Monsieur le Professeur DOMART

Monsieur le Professeur agrégé JUDET

1958-1959 - Monsieur le Docteur ALBEAUX-FERNET

Monsieur le Docteur BOUSSER

1959-1960 - Monsieur le Professeur E. BERNARD

Monsieur le Professeur CATHALA

Monsieur le Docteur BOUSSER

1960-1961 - Monsieur le Professeur CASTAIGNE

Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Monsieur le Docteur de GRACIANSKY

Monsieur le Professeur MOLLARET

1961-1962 - Monsieur le Professeur DELAY

Monsieur le Professeur COVELAIRE

Monsieur le Professeur RENARD

Monsieur le Docteur OMBREDANNE

Stages de sixième année :

1962-1963 - Monsieur le Docteur SAUVAGE.



LA MORTALITE FOETALE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

La mortalité foetale dans l'accouchement en présentation du siège reste toujours un problème d'actualité. Il semble bien, si l'on en juge par les dernières publications que l'accord est loin d'être fait sur la meilleure technique d'accouchement en vue d'abaisser et même de supprimer la mortalité foetale.

Nous étudierons la statistique de 1958 à 1962 inclus relevé dans le service de Clinique Obstrétricale du C.H.U. d'Angers et en clientèle privée, Clinique Saint-Louis (Prof. R. Rouchy) afin d'essayer d'en dégager les indications thérapeutiques et la technique en vue de l'amélioration du pronostic.

oooooOooooo



CHAPITRE I.

HISTORIQUE ET DONNEES STATISTIQUES

A. - Tout d'abord il nous paraît intéressant de rappeler un bref historique de la technique de l'accouchement par le siège et les données statistiques s'y rapportant.

De tous temps la présentation du siège a été un problème obstétrical très préoccupant du fait de la mortalité foetale. Même à l'heure actuelle celle-ci est toujours relativement élevée tout en étant bien inférieure à ce qu'elle était lors des trois premières décades du siècle.

Cette mortalité foetale n'était pas ignorée d'Hippocrate, et à cette époque, était particulièrement élevée surtout du fait que cette présentation devait être transformée par une version.

L'Ecole d'Alexandrie reconnut la possibilité d'un accouchement spontané par le siège, mais cette notion tomba dans l'oubli.

Elle n'apparut en France qu'avec Ambroise Paré en 1550 et Paul Portal en 1685.

Nous savons la manoeuvre préconisée par Mauriceau et son succès jusqu'alors.

En 1821 Madame Lachapelle codifia l'évolution spontanée du siège en conseillant à l'accoucheur "d'agir avec patience et de devoir avec ménagement et lenteur recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus, plutôt que de l'extraire".

B. - En 1938, Bracht eut le mérite de codifier une technique d'accouchement par le siège. L'application de la méthode lui permit d'obtenir une diminution importante de la mortalité foetale de 11 % fut réduite à 1,47 %.

En 1948 Vermelin prit une attitude déterminée, en faveur d'un accouchement très spontané. Sa mortalité foetale fut réduite

en effet à 2,9 %.

En 1959 les interventions préconisent soit la grande extraction à dilatation complète (Granjon et Henrion) soit même la césarienne systématique (Wright).

C - (a) - Les statistiques publiées révèlent encore une mortalité importante.

Arnot et Nelson en 1959 indiquent un chiffre de 10 % sur 480 accouchements.

Et Kraussold pour la période de 1942 à 1952 un chiffre de 8,4 % pour 299 présentations du siège.

Dieckmann et Harrod, Schmitz et Collaborateurs obtiennent une mortalité similaire.

En 1955 Lacomme et Le Lorier ont eu une mortalité de 7,6 % pour leurs 339 présentations du siège.

(b) - Toutefois certains auteurs, avec des méthodes diverses indiquent une mortalité inférieure à 4 %.

- De 1951 à 1960 Burghardt et Huber :
2,9 % de 166 présentations du siège
- De 1955 à 1960 Thomas :
3,1 % de 249 présentations du siège.
- De 1938 à 1961 Neuweiler et Roth :
1,31 % pour 1034 observations
- Arnot n'a que : 1,41 % de mortalité
pour 423 présentations du siège
- Enfin en 1962 Warner sur 221 accouchements
par voie basse à une mortalité foetale de : 3,1 %.

(c) - L'important travail en 1962 de P. Burger, J. Milfort et R. Denef mérite d'être détaillé. Ils apprécient, en effet, l'influence des facteurs foetaux, maternels et la durée du travail vis-à-vis du pronostic foetal dans une statistique portant sur les années 1958 à 1961.

Ils ont observé une série de 167 accouchements simples par le siège avec des enfants de plus de 2.000 gr.

- . 155 se sont terminés par voies naturelles
- . 12 par césarienne.

La mortalité globale pour les 167 cas est de 6,5. Pour les accou-

chements par voie basse, elle s'élève à 7 %.

Le foetus qui supporte le mieux l'accouchement pèse entre 3.000 et 4.000 gr. (mortalité de 4,5 %) par contre le foetus trop lourd meurt dans 23 % des cas, les trop petits dans 7,5 % des cas. Quant à l'âge de la mère, la mortalité passe de 3 % chez la femme avant 35 ans, à 28 % après 35 ans où elle reste d'ailleurs élevée quelque soit le mode d'accouchement. La gravité du siège est la même que la femme soit une primipare ou une multipare.

L'importance du mode d'évolution du travail est mise en évidence par les résultats suivants :

- Chez la multipare la mortalité s'élève de 5,5 % à 17 % pour une durée de dilatation de plus de 8 heures, la rupture tempestive des membranes apporte une mortalité de 6 % qui s'élève à 13 % en cas de rupture prématurée ou précoce.
- Chez la primipare la mortalité s'élève de 1,8 % à 40 % si cette durée de la période d'expulsion dépasse 1 heure.
- Pour la multipare elle s'élève de 7,7 % à 11 % quand la durée dépasse 1/2 heure.

Quant au mode de terminaison, la mortalité globale est de 6,8 % lorsque l'accouchement est spontané, 2,8 % en cas de petite extraction, 36 % en cas de grande extraction la césarienne n'entraînerait pas une diminution parallèle de la mortalité foetale.

De l'étude de ces données statistiques, on constate la diversité des techniques employées, mais aussi la variabilité des résultats et surtout que l'on est loin encore d'être arrivé à minimiser la mortalité foetale dans l'accouchement par le siège.

CHAPITRE II.

STATISTIQUE DU SERVICE DE CLINIQUE OBSTETRICALE
ET DE CLIENTELE PRIVEE - CLINIQUE SAINT-LOUIS

(Professeur R. Rouchy).

De 1958 à 1962 inclus, soit une période 5 ans il a été fait 347 accouchements par le siège (140 primipares, 207 multipares). Nous pouvons éliminer 45 accouchements qui ont donné des morts-nés, des malformés et des prématurés au-dessous de 2.000 gr ; nous étudierons donc 303 accouchements par le siège (128 primipares, 175 multipares) [Tableau I] dont la mortalité foetale globale est de 2,9 %.

Pour ces 303 accouchements, on peut faire la répartition suivante :

- chez les primipares, 94 sièges décomplétés avec 1 mort
34 sièges complets avec 2 morts

ce qui fait un total de 3 morts d'enfant pour 128 accouchements. La mortalité foetale est donc de 2,3 %.

- chez les multipares, 120 sièges décomplétés avec 5 morts.
55 sièges complets avec 1 mort.

ce qui fait un total de 6 morts pour 175 accouchements. Soit une mortalité foetale de 3,4 %.

A. - Nous voyons que les 128 PRIMIPARES ont eu une mortalité de 2,3 % alors que chez les 175 MULTIPARES le taux de mortalité est de 3,4 %.

Devant de tels chiffres on constate paradoxalement que l'accouchement par le siège est plus meurtrier pour l'enfant chez les multipares que chez les primipares, alors que l'on sait que du fait de la multiparité la filière pelvienne est plus favorable du point de vue obstétrical. Voyons plus en détail les observations de ces morts foetales [Tableau IV] =

Les multipares ont eu 2 morts en accouchement spontané, 3 avec une petite extraction contre 2 pour les primipares : les accidents paraissent plus nombreux également au cours de la période d'expulsion chez les multipares. Citons l'observation VI, 5è pare, où il y a eu rétention de la tête dernière au cours d'un accouchement spontané ; citons l'observation VIII où il y a eu accrochage de la tête à la symphyse au cours d'une petite extraction. Certes l'on sait que l'accouchement des multipares est confié plus volontiers à des non spécialistes, mais ce fait ne peut expliquer entièrement cette différence de mortalité foetale. Peut-être un facteur doit-il entrer en ligne de compte : la tonicité utérine qui est différente chez la primipare et chez la multipare, par ailleurs l'intensité des contractions n'est pas semblable. Ainsi chez la multipare le bloc tête - épaule se dissociait plus aisément d'autant que la descente dans la filière pelvienne est plus rapide.

B. - Nous devons noter que les SIEGES DECOMPLETES ont en 6 morts (1 chez les primipares, 5 chez les multipares) soit un chiffre de mortalité foetale de 2,8 %, alors que les SIEGES COMPLETS ont en 3 morts, c'est-à-dire une mortalité foetale de 3,3 %. Ne s'agit-il pas de la même raison expliquant la différence de mortalité foetale chez les primipares et les multipares qui peut être appliquée ici aux sièges complets et décomplétés ? En effet le siège décomplété sollicite mieux la filière pelvienne et de ce fait la dissociation du bloc tête - épaule à moins de possibilités de se produire.

C. - Il est évident que lorsque l'on étudie la mortalité foetale dans la présentation du siège, il faut tenir compte du facteur inhérent aux OPERATEURS Tableau II

En effet, en examinant les statistiques concernant la clinique privée, nous voyons que sur 117 accouchements dont 54 primipares et 63 multipares, il n'y a eu qu'un mort soit une mortalité foetale de 0,8 %. En envisageant l'ensemble des observations portant de l'année 1953 à l'année 1962 incluse, soit 107 accouchements de 1953 à 1957 auxquels on ajoute les 117 accouchements de 1958 à 1962 inclus, ce qui représente un total de 224 accouchements, la mortalité foetale est inférieure à 1 % (2 morts).

Au centre hospitalier universitaire d'Angers sur 186 accouchements par le siège, il y a eu au contraire 8 morts, soit une mortalité de 4,3 %. Les instructions rigoureuses en matière d'accouchement par le siège ont permis d'obtenir tout de même ce pourcentage relativement peu élevé de mortalité foetale, en milieu d'enseignements.

D. - Cette mortalité foetale dans l'accouchement en présentation du siège est fonction évidemment de la technique employée
 [Tableau III]

1 - Dans l'ACCOUCHEMENT SPONTANE, dont la fréquence est de 40,5 %, il y a eu 2 morts (1,5 % de mortalité). Il faut entendre par accouchement spontané, l'issue du fœtus sans autre intervention que la mise en place d'une perfusion d'ocytociques à dilatation complète, infiltration des nerfs honteux internes à la xylocaïne et épisiotomie systématiquement chez la primipare. L'expulsion spontanée de l'enfant reste évidemment la meilleure éventualité. Néanmoins il y eut 2 morts dont l'une est restée inexpiquée quant à l'autre, elle relève d'un accident au cours du passage de la tête dernière. Quoiqu'il en soit ce mode d'accouchement n'est pas toujours réalisable et l'on a recours à la petite extraction.

2. - Sous le nom de PETITE EXTRACTION, on englobe toutes les manoeuvres qui ont pour but d'extraire le fœtus des voies génitales = manoeuvre de Bracht, dégagement des bras, manoeuvre de Mauriceau ou ses variantes, voire forceps sur la tête dernière à l'exclusion de ce que l'on a convenu d'appeler la grande extraction.

La petite extraction a été faite dans 105 cas, ce qui représente une fréquence de 34,6 %. Sur ces 105 accouchements, il y avait 42 primipares et 63 multipares. Cinq morts sont survenues, 2 chez des primipares, 3 chez des multipares, ce qui fait un pourcentage de 4,7 %.

. Chez les primipares, il y a eu 2 morts foetales pour l'une difficulté à la tête dernière et application de forceps ; cela peut être dû à une dystocie des parties molles, à moins que les manoeuvres n'aient engendré cette dystocie ; dans le 2^e cas, il a été impossible de ranimer l'enfant alors qu'apparemment les difficultés techniques avaient été inexistantes ; cependant la dilatation avait duré 20 heures environ et l'on peut croire qu'il existait une souffrance foetale non décelée. L'extraction rapide de l'enfant était certes justifiée, mais elle fut peut être trop tardive.

. Chez les multipares, dans un cas de mort foetale, il y a eu un accrochage de la tête au niveau de la symphyse et l'on doit reconnaître une erreur dans les manoeuvres pratiquées ; dans un autre cas, il existait une anomalie de la contraction utérine, il est donc vraisemblable que la souffrance foetale était antérieure à la période d'expulsion, souffrance qui s'est aggravée durant celle-ci. Quant à la 3^e observation, il fut impossible de ranimer l'enfant et aucune explication ne fut possible pour expliquer cette mort. Mais cette petite extraction était-elle toujours justifiée lors de ces 5 observations de morts foetales. Dans 2 cas l'on

avait l'intention de hâter la sortie de l'enfant et dans les autres on peut en discuter l'opportunité, puisque décidée devant l'attitude non coopérante de la mère.

3 - On a pratiqué 20 fois la GRANDE EXTRACTION de SIEGE, ce qui fait une fréquence de 6,6 % parmi les parturientes il y avait 8 primipares et 12 multipares. Deux morts sont survenus, l'une chez une primipare, l'autre chez une multipare.

Ainsi le pourcentage de la mortalité est de 10 %.

Notons que dans l'une des observations avec mort foetale il y avait une insertion basse du placenta et dans l'autre une procidence du cordon. La mortalité n'est donc peut-être pas due à la technique obstétricale.

Les indications de la grande extraction de siège ont été les suivantes :

- . 6 fois souffrance foetale à dilatation complète
- . 2 fois siège incliné ne descendant pas à dilatation complète, c'était presque une transversale.
- . 1 fois antécédents de siège mort-né
- . 1 fois chez une femme ayant eu un déclenchement de travail et le désir de terminer artificiellement ce travail.
- . 1 fois chez une femme ayant eu une viciation pelvienne discrète, enfant de 3.380 gr. arrivée d'urgence à dilatation complète.
- . 7 fois multipares indociles en période d'expulsion.
- . 1 fois insertion basse du placenta
- . 1 fois procidence du cordon vue à dilatation complète.

4 - Enfin l'OPERATION CESARIENNE a été pratiquée dans 55 cas qui se répartissent ainsi : 31 primipares et 24 multipares.

Ce qui fait une fréquence de 18 %. Il n'y a pas eu de mortalité foetale.

Les indications ont été diverses :

- . 17 viciations pelviennes évidentes ou décelées par l'examen clinique et radiologique.
- . 14 anomalies de la contraction utérine (dont 5 étaient associées à une souffrance foetale nette,

1 à une toxémie.

- . 7 souffrances foetales en cours de dilatation dont 2 avec gros enfants.
 - . 8 chez des femmes ayant été antérieurement césarisées.
 - . 3 grossesses prolongées dont l'une était une primipare âgée et l'autre succédait à un échec du déclenchement médicamenteux.
 - . 1 insertion basse du placenta.
 - . 1 procidence du cordon.
 - . et enfin 3 malformations utérines, l'une ayant 2 avortements dans ses antécédents, l'autre présentant une malformation vaginale associée.
-

CHAPITRE III.

DIRECTIVES THERAPEUTIQUES

L'étude de cette statistique nous permet d'envisager certaines directives thérapeutiques. Nous étudierons celui-ci d'abord chez les Primipares, ensuite chez les Multipares.

A. - CHEZ LES PRIMIPARES1 - L'Opération Césarienne est souvent indiquée

a) - Soit au début du travail ou même avant :

- . dans les viciations pelviennes décelées cliniquement et surtout radiologiquement.
- . en cas de dystocie associée à un kyste de l'ovaire, à un fibrome faevia, ou à une insertion basse du placenta.
- . en cas de grossesse prolongée
- . chez les primipares âgées ; surtout si elles ont été plus ou moins longtemps stériles.
- . S'il existe une malformation utérine importante associée parfois à une malformation vaginale.

b) - Soit au cours du travail :

- . du fait d'anomalies de la contraction utérine
- . ou bien par souffrance foetale, procidence du cordon.
- . la rupture prématurée ou même précoce des membranes aggrave à coup sûr le pronostic foetal. C'est vraisemblablement la conséquence d'anomalies des contractions utérines et celles-ci vont continuer lors de la période de dilatation ou de celle d'expulsion et entraîneront la souffrance foetale.

2 - En toutes autres circonstances, d'une manière générale on penche pour l'ACCOUCHEMENT SPONTANE : perfusion d'ocytociques à dilatation complète, infiltration novocaïnique des nerfs honteux internes et épisiotomie.

Néanmoins des difficultés peuvent se faire jour :

a) - la présentation descend mal ; elle reste longtemps au détroit supérieur ou à la partie haute de l'excavation, malgré l'existence de la perfusion de post-hypophyse ; on doit alors recourir à l'opération césarienne. Quant à la grande extraction de siège, il vaut mieux l'éviter chez la primipare si l'on désire avec certitude éliminer tout risque foetal. En effet peuvent entrer en jeu un gros enfant, une dystocie des parties molles, voire même une viciation pelvienne passée inaperçue.

b) - La présentation dans d'autres cas tarde sur le périné malgré des efforts expulsifs plus ou moins soutenus, malgré des contractions utérines variables en intensité ; très rapidement la souffrance foetale risque d'apparaître. On ne l'attendra pas pour prendre la décision d'intervenir. C'est donc l'extraction du foetus que l'on pratique et selon la situation de celui-ci :

- . une grande extraction, lorsque le siège est à la vulve ou à la partie basse de l'excavation.
- . une petite extraction si le siège et une partie du tronc sont hors de la vulve qu'il y a arrêt au niveau du bloc épaule - tête.

Ces deux cas réclament des conditions techniques parfaites ; cela est particulièrement nécessaire pour la petite extraction ; car la précipitation de l'opérateur dans son désir d'extraire rapidement le foetus déjà à moitié hors des voies génitales aboutirait volontiers à créer une dystocie irrémédiable pour l'enfant. De plus il faut compter avec l'indocilité de la femme quelque peu surprise par de telles manoeuvres obstétricales et l'on conçoit facilement les difficultés d'extraction et son fâcheux retentissement sur le pronostic foetal.

Il apparaît donc souhaitable d'éviter toute précipitation dans ces manoeuvres. De plus, il faut insister sur l'impératif majeur de l'anesthésie générale. Tout au long d'un accouchement par le siège un anesthésiste compétent doit resté au chevet de la parturiente ; il pourra l'endormir aussitôt ce qui permettra une extraction du foetus dans les meilleures conditions.

B. - CHEZ LES MULTIPARES

1 - L'Opération Césarienne peut être indiquée

a) - Soit au début du travail ou même avant, du fait :

- d'une dystocie associée,
- d'une viciation pelvienne passée jusqu'alors inaperçue ou qui était compatible avec un accouchement mais seulement en présentation céphalique, après épreuve du travail ;
- d'une grossesse prolongée.

b) - Soit au cours du travail en raison d'une anomalie de la contraction utérine, ou d'une procidence du cordon, la rupture prématurée ou précoce des membranes n'a pas ici la même fâcheuse signification que chez la primipare. Néanmoins une surveillance attentive du déroulement de l'accouchement reste nécessaire.

2 - L'Accouchement Spontané reste particulièrement fréquent chez les multipares. Sinon, il sera facile de l'obtenir grâce à la perfusion d'ocytociques à dilatation complète. Cependant, en cas de difficultés l'extraction s'impose. Et en raison de la souplesse des parties molles chez les multipares, les indications en seront plus étendues. Les exigences techniques devront être parfaites, comme chez la primipare.

ooooOoooo

CONCLUSIONS

- I - L'accouchement en présentation du siège doit se dérouler aussi bien pour les primipares que pour les multipares dans un Service spécialisé.
- II - Il faut souligner l'importance non seulement de l'examen clinique mais aussi de la radiographie du bassin (Radiopelvimètre, au minimum radiographie de profil du bassin pour apprécier la morphologie du sacrum) pour les indications thérapeutiques.
- III - La présence d'un anesthésiste qualifié est indispensable au cours de l'accouchement par le siège quel que soit le choix de la technique.
- IV - Les indications thérapeutiques peuvent se schématiser ainsi :
- Sans abuser des indications de l'opération césarienne, on doit y recourir assez souvent aussi bien chez la multipare que chez la primipare, non seulement au début du travail ou même avant, mais aussi en cours de travail et même à dilatation complète, alors que l'on pouvait espérer théoriquement la terminaison de l'accouchement par voie basse.
 - L'accouchement spontané reste certes l'idéal et l'on doit s'efforcer de le réaliser le plus souvent possible. Cependant il ne faut pas s'acharner à le réaliser si l'évolution n'est pas absolument simple.
 - L'extraction du fœtus est alors indiquée. Elle sera "grande" ou "petite" suivant la situation du fœtus dans la filière pelvienne.

Tableau I

MORTALITE FOETALE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

DE 1958 à 1962 inclus - 347 Accouchements par le Sièg		{ 140 Primipares 207 Multipares	
Accouchements par le Sièg (45morts-nés, malformés, prématurés au-dessous de 2.000 grs exclus)			
PARITE	PRESENTATION	MORTALITE FOETALE %	
Primipare 128	Sièges décomplétés	94	1
	Sièges complets	34	2
			9 (2,9%)
Multipares 175	Sièges décomplétés	120	5
	Sièges complets	55	1
			6 (3,4%)

Tableau II

MORTALITE FOETALE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	1958 à 1962 inclus	Nombre d'Accouchements	Parité	Nombre de morts foet.	%	"	"	"	"
"						"	"	"	"
"	Clientèle privée (Clinique St Louis)	117	54 primipares 63 multipares	1	0,8 %	"	"	"	"
"						"	"	"	"
"	de 1953 à 1962 inclus	107 + 117 = 224 (1953 à 57) (1958 à 62)		1+1 = 2	moins de 1 %	"	"	"	"
"						"	"	"	"
"		1958	43	16 Prim. 27 Mult	1	"	"	"	"
"		1959	38	16 " 22 "	2	"	"	"	"
"	Clientèle hospitalière					"	"	"	"
"	(Maternité du C.H.U.)	1960	45	25 " 20 "	3	4,3 %	"	"	"
"		1961	25	10 " 15 "	0	"	"	"	"
"		1962	35	7 " 28 "	2	"	"	"	"
"			186	74 112	8	"	"	"	"
"						"	"	"	"
"						"	"	"	"

Tableau III

MORTALITE FOETALE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

SUIVANT LA TECHNIQUE

Accouchement spontané ... 123 (40,5 %)	47 Primip. 76 Multip.	2 morts	1,6 %
Petite extraction 105 (34,6 %)	42 " 63 "	5 "	4,7 %
Grande extraction 20 (6,6 %)	8 " 12 "	2 "	10 %
Opération Césarienne 55 (18 %)	31 " 24 "	0	0 %
	— 175	— 9	
	303 128		

Tableau IV

MORTALITE FETALE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

Observ.	Parité	Présentation	Travail	Accouchement	Poids de l'enfant	Evolution pour l'enfant
I	Iè.pare	décomplété	Rupture précoce des membranes - Dilatation 9 h.	P.E. difficultés à la tête dernière-forceps Episiotomie	2.830	mort
II	Iè.pare	complet	Dilatation en 2h.40	G.E.S. - Procidence du cordon - Episiotomie	3.300	mort
III	Iè.pare	complet	Rupture précoce de la poche des eaux-Dilatation en 20h.15	P.E.	2.950	Impossible à ranimer
IV	IIè.pare	décomplété	Rupture prématurée des membranes - Travail 5h	P.E. à partir ombilic Episiotomie, Perfusion P.H.	3.600	impossible à ranimer
V	IVè.pare	décomplété	Rupture prématurée des membranes-Dilat. 1h.30	N.	3.650	impossible à ranimer
VI	IVè.pare	décomplété	Anomalie de la C.U. Dilatation en 8h.30	P.E.	3.470	impossible à ranimer
VII	Vè.pare	complet	Dilatation en 11h.15	N.(Rétention tête dernière)	3.900	impossible à ranimer
VIII	VIè.pare	décomplété	Dilatation en 5 h.30	P.E. mais accrochage à la symphyse	3.670	Décès 20 h. après
IX	XVIIè.pare	décomplété	Insertion basse du placenta	G.E.S.	2.910	Impossible à ranimer

(N = Acc. spontané; P.E. = petite extraction; G.E.S. = grande extraction)

Vu, le Président de Thèse
Professeur F. LEPAGE

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BURGER (P.), MILFORT (J.) et DENEFF (R.) -

Données nouvelles sur la présentation du siège.
Gyn. et Obst. Tome 61, n° 4, 1962, p. 461.

BURGHARDT (E.) et HUBER (K.) -

Praesentatio podolica. Die Behandlung der Beckenendlage an der Univ. Frauen Klinik Graz in den Jahren 1951 bis 1960.

III^e Congrès mondial de Gynécologie et d'Obstétrique de Vienne. 1961, 339.

DIECKMANN (W.J.) and HARROD (J.) -

Am. J. Obst. et Gynec. 70-252, 1955.

DROUIN (G.) et FORTIN (P.E.)

(Québec) Laval médical 24, n° 2, oct. 1957, p.37-49.

ERBSLÖH (J.)

Ergebnisse der Klinischen Geburtsleitung bei der Beckenendlagen.

Geburt. Arch. Gynäk. 1939, 168, 392-413.

GERISCH (G.) et MARTIN (K.F.) -

Ueber die Geburts erleichterung bei Beckenendlagen
Geburten 1958, 50, 1960. 1967.

GOETHALS (T.R.) -

Am. J. Obst. and Gynec. 71 : 536. 1956.

GRANJON et HENRION. -

Conduite à tenir au cours de l'accouchement en présentation du siège.

Gyn. Obst. 1959, 58, 43-64.

GRIEFAHN (S.) et HIEKE (A.) -

Kann durch eine Erweiterung der Geburts hilflichen Operationen die perinatale Sterblichkeit bei Beckenendlagen geburt gesenkt werden ?

Zbl Gynäk. 1958, 50, 1967-1971.

GRIMES (W.H.) et al. -

J.A.M.A. 148, 788, 1952.

GUYER (H.B.) et HEATON (C.E.) -

The fetal risk in breech delivery. A study based on 708 cases.

Amer. J. Obst. Gyn. 1946, 52, 362-371.

HALL (J.E.) and KOHL (S.) -

Am. J. Obst. and Gyn. 72 : 977, 1956.

HERRNBERGER (K.) -

Poliklinische und Klinische Ergebnisse mit der Manualhilfe nach Bracht bei Beckenendlagen.

Gebürtsh. und Frauenheilk. 1940, 2, 252-259.

JAKSON (R.L.) -

Am. J. Obst. and Gynec. 81, 653, 1961.

JAROUSSE (J.) -

Considérations sur le mécanisme de l'accouchement normal par le siège.

Gyn. et Obst. p. 79, 1952.

JAROUSSE (J.) et LERAT (M.F.) -

Etude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège.

Revue franç. Gynec. Obst. 1959, 54, 91-108.

KNIGHT (R.) et O'CONNEL (C.) -

A ten years analysis of breech deliveries 1939-1948.

Amer. J. Obst. Gyn. 1952, 64, 1049, 1060.

KRAUSSOLD (E.) -

Beckenendlage und Kaiserschnitt.

Zbl. Gynäk. 1952, 74., 1425-1430.

LACOMME (M.) et LE LORIER (G.) -

Sur quelques éléments du pronostic foetal dans la présentation du siège, réflexions sur les indications du traitement chirurgical.

Rev. Franç. Gyn. Obst. 27, 44-55. 1955.

MOORE (W.T.) and STEPTOE (P.P.) -

South M.J. 36 : 295, 1943.

NEUWEILER (W.) et ROTH (F.) -

Praesentatio podolica. Die Therapie erfolge bei 1000 Beckenendlagen geburten.

IIIè Congrès mondial de Gynécologie et d'Obstétrique de Vienne, 1961, 351.

POMERANCE (W.) and DAICHMAN (I.) -

Am. J. Obst. and Gynec., 64 : 110, 1952.

RIVIERE (M.), CHASTRUSSE (L.) et COMBRET. -

Pronostic foetal dans l'accouchement en présentation du siège. Etude statistique.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. de langue française 1956, 8, 466-471.

SABRIN (M.) and FOOTE (W.R.) -

Am. J. Obst. and Gynec. 77 : 521, 1959.

SCHMITZ (H.E.), SMITH (C.J.) et CLUMPNER (E.R.) -

End results of breech deliveries at Lewis Memorial Maternity Hospital.

Amer. J. Obst. Gyn. 1955 - 69 - 984-994.

SIEBOLD (E.C.J. von) -

Essai d'une histoire de l'obstétrique .

(G. Steinheil, édit.) Paris, 3 tomes, 1891.

THOMAS (J.) -

Praesentatio podolica. Das Versagen des Geburtshelfers bei der Leitung der Beckenendlagen , geburt.

IIIè Congrès mondial de Gynécologie et d'Obstétrique de Vienne 1961, 355.

TRAPL (J.) -

Leitung der Geburt bei der Beckenendlage..

Z. Geburtsh. Gynäk. 1955, 143, 30. 40.

VARNER. -

Labor in primigravida with breech presentation.

Am. J. Obst. and Gynec. 84 - 7 - 1962, p. 876.

VERMELIN (H.) et RIBON (M.) -

Présentation du siège.

Encyclopédie Médico chirurgicale (Obstétrique)

1957, t. I, 5026, A10 - A20.

WRIGHT (R.C.) -

Reduction of perinatal mortality and morbidity in breech delivery through routine use of cesarean section.

Obst. and Gyn. 1959, 14, 758-763.

WURCH-ZIMMERMANN (G.) -

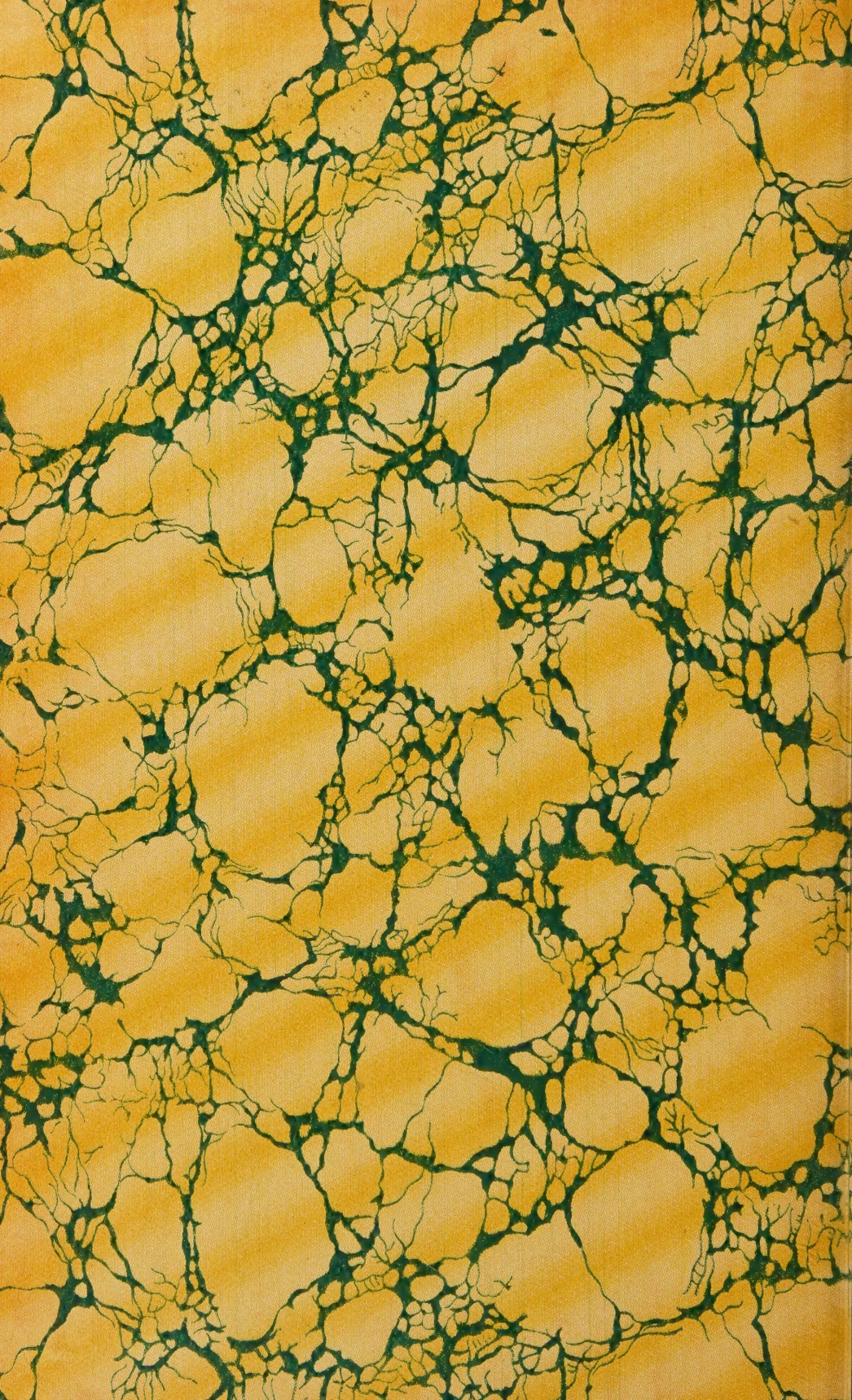
La place de la perfusion ocytocique dans l'accouchement en présentation du siège.

Thèse Strasbourg 1961, n° 69.

ZOLTAN (I.) -

Praesentation podalica. Die Behandlung der Beckenendlage.

IIIè Congrès mondial de Gynécologie et d'Obstétrique de Vienne, 1961, 346.



LANE MEDICAL LIBRARY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF. 94304

